Name: ………………………………………………………………………………………………….

Straße: ………………………………………………………………………………………………….

PLZ/Ort: ………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ………………………………………………………………………………………………….

E-Mail: ………………………………………………………………………………………………….

Kassenzeichen/Aktenzeichen:

Amt Marne-Nordsee

Der Amtsvorsteher

Finanzbuchhaltung

Alter Kirchhof 4-5

25709 Marne

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

**SEPA-Lastschriftmandat**

Hiermit ermächtige ich sie widerruflich alle Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos bei der

**(Name Kreditinstitut) ………………………………………………………………………………………………………………..**

**IBAN (22 Stellen) DE ……………………………………………………………………………………………………………**

**BIC (11 Stellen) ………………………………………………………………………………………………………………..**

**(Ihre IBAN und BIC-Nummer finden Sie auf Ihren aktuellen Kontoauszügen)**

[ ] abweichender Kontoinhaber: Name: ……………………………………………………………………….

 Straße: ………………………………………………………………………

 PLZ/Ort: …………………………………………………………………….

durch Lastschrift einzuziehen.

Folgende Forderungen sollen nicht abgebucht werden:

[ ]  ………………………………………………………………………………………………………….

[ ]  ……………………………………………………………………………………………………………

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Amt Marne-Nordsee auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Datum, Unterschrift des Kontoinhabers)

Gläubiger-Identifikationsnummer des Amtes Marne-Nordsee: DE70ZZZ00000021019